



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

ALEX ANDRÉ FERREIRA QUEIROZ

**PERCEPÇÕES DA COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES ENTRE
MÉDICOS E PACIENTES**

Aracaju/SE
Janeiro de 2018

ALEX ANDRÉ FERREIRA QUEIROZ

**PERCEPÇÕES DA COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES ENTRE
MÉDICOS E PACIENTES**

Monografia apresentada ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Déborah Pimentel

Aracaju/SE
Janeiro de 2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**PERCEPÇÕES DA COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES ENTRE
MÉDICOS E PACIENTES**

Monografia apresentada ao Departamento de Medicina
da Universidade Federal de Sergipe como requisito
parcial para obtenção do grau de médico.

Aracaju/SE, 15/01/2018

Alex André Ferreira Queiroz

Autor da Monografia

Prof^ª. Dra. Déborah Pimentel

Orientadora

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**PERCEPÇÕES DA COMUNICAÇÃO NAS RELAÇÕES ENTRE
MÉDICOS E PACIENTES**

Monografia apresentada ao Departamento de Medicina
da Universidade Federal de Sergipe como requisito
parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia a Maria Pastora (*in memoriam*), José Wellington (*in memoriam*) e Bruno Moisés (*in memoriam*), meus pacientes em cuidados paliativos, que, através de suas histórias e de nossos encontros, me deram a chance de mergulhar na essência da relação médico-paciente; e aprofundaram em mim o desejo de exercer a Medicina para CUIDAR de pessoas e, desta forma, contribuir para aliviar o sofrimento humano.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar ao meu lado sempre que as dificuldades inerentes ao curso surgiam, e por, através de seus desígnios, ter me permitido conhecer as mais diferentes histórias de vida, luta e fé dos pacientes;

Aos meus pais, José Maria e Lucia, e ao meu irmão, Caio, por me ensinarem, desde cedo, a importância de respeitar e de ajudar o ser humano. Sem dúvidas, ao me espelhar nos exemplos diários em casa, pude desenvolver relações com meus pacientes que me permitiram grande crescimento pessoal e profissional;

À professora Déborah Pimentel, por trazer a relação médico-paciente ao foco de nossas discussões, permitindo que eu aprendesse conceitos e técnicas fundamentais para meu trabalho enquanto médico; e por toda a orientação ao longo desta pesquisa;

A todos aqueles que colaboraram com este trabalho, quer através da coleta dos dados, quer como participantes do estudo. Suas observações a respeito da relação médico-paciente serão sempre lembradas por mim na tentativa de desenvolver minha profissão com a nobreza que ela exige;

A todos os meus pacientes, por me emprestarem suas histórias e problemas de saúde para que eu aprendesse a ser médico. Ao encontrar cada um deles, pude reconhecer em seus rostos e em suas palavras a importância de CUIDAR do ser humano doente, e não apenas da doença; ao confiarem em mim e nas minhas explicações, eles me mostraram que eu estava no caminho certo, e me ajudaram a manter aceso o sonho de ser médico. Serei eternamente grato a cada um deles!

Aos meus professores, que compartilharam suas experiências comigo, e me orientaram a buscar o melhor de mim em prol do bem dos pacientes;

A Edilaine, pela preocupação e incentivo diários; por ser um porto seguro na reta final do curso; por caminhar junto comigo, ouvir meus medos e meus sonhos e por despertar, em mim, minha melhor versão.

RESUMO

Tratam-se de duas pesquisas simultâneas, descritivas, transversais e quantitativas, realizadas na capital do estado de Sergipe, com o objetivo de avaliar a percepção de médicos e a de pacientes sobre as relações que desenvolvem entre si nos serviços de saúde. Foram entrevistados, respectivamente, 100 médicos e 200 pacientes. Na percepção dos médicos, 99% dos pacientes saem satisfeitos com o atendimento recebido; entretanto, 12,9% dos pacientes referem não ter gostado do médico que lhes atendeu. Os pacientes identificam atitudes do médico que prejudicam a adequada relação, sobretudo dificuldades de comunicação. Houve diferenças significativas entre o atendimento recebido, na percepção dos pacientes, a depender do tipo de serviço, se público ou privado. Os resultados indicam a necessidade de o médico repensar algumas de suas posturas, de valorizar a subjetividade dos pacientes e de aperfeiçoar suas habilidades de comunicação.

Palavras-chave: Relações médico-paciente. Percepção. Satisfação do paciente. Comunicação.

ABSTRACT

This study is a result of two simultaneous descriptive quantitative cross-sectional surveys conducted in the capital city of Sergipe, aiming to evaluate physicians' and patients' views of the interactions between them in health services. 100 physicians and 200 patients were interviewed, respectively. In the physicians' perception, 99% of the patients were satisfied with the assistance received; however, 12.9% of the patients declared to be dissatisfied with the physician who assisted them. The patients identified physicians' attitudes that compromised the therapeutic relationship, especially communication difficulties. The quality of assistance was significantly different, in the patients' view, depending on the type of service, whether public or private. Our findings suggest that it is imperative for physicians to reconsider their attitude, improving their communication skills and considering patients' subjectivities.

Keywords: Physician-patient relations. Perception. Patient satisfaction. Communication.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO ORIGINAL

Tabela 1. A relação médico-paciente sob a percepção dos pacientes, Aracaju/SE, Brasil, 2016.....48

Tabela 2. A relação médico-paciente sob a percepção dos médicos, Aracaju/SE, Brasil, 2016.....50

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 A relação médico-paciente	11
2.2 Dificuldades no relacionamento entre médicos e pacientes	15
2.3 A comunicação como estratégia para aprimorar a relação médico-paciente	19
2.4 O papel das faculdades de Medicina na humanização da relação médico-paciente.....	22
2.5 O respeito à autonomia dos pacientes como forma de assegurar a humanização dos serviços de saúde	26
2.6 Outras estratégias para fortalecer a relação médico-paciente	28
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
4. REFERÊNCIAS	33
5. NORMAS EDITORIAIS	40
6. ARTIGO ORIGINAL	45
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	58
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PACIENTES	59
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS MÉDICOS	69

1. INTRODUÇÃO

A qualidade do encontro entre médicos e pacientes é baseada na relação que estes desenvolvem entre si. Quando esta é pautada por empatia, confiança, sigilo e respeito, há claros benefícios, com repercussões na melhor adesão aos tratamentos. Por outro lado, dificuldades de comunicação, desrespeito à autonomia dos pacientes e posturas autoritárias do profissional enfraquecem o vínculo entre eles e prejudicam os cuidados em saúde (BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; FERREIRA; CUNHA, 2014; LIRA et al., 2015; MARQUES FILHO; HOSSNE, 2015; SANTOS et al., 2013).

Nesse sentido, a boa comunicação entre médicos e pacientes é fundamental, pois assegura a estes o direito de obter informações sobre suas doenças, bem como permite que eles decidam, junto com o médico, a que procedimentos e tratamentos desejam se submeter, fazendo com que tenham papel ativo no processo de recuperação da saúde. No que se refere aos profissionais, por sua vez, a boa comunicação implica em melhor avaliação por parte dos pacientes, o que fortalece a confiança destes no trabalho do médico e aumenta o grau de satisfação de ambos (CHEHUEN NETO et al., 2013; KOCH; ROSA; BEDIN, 2017).

Entretanto, apesar da importância do bom relacionamento entre médicos e pacientes, o que se observa, cada vez mais, é o distanciamento entre eles. Com o avanço da tecnologia ligada à área da saúde e a sofisticação dos exames complementares, a atenção dos médicos se voltou para o diagnóstico e tratamento de doenças (muitas vezes em fases assintomáticas), em detrimento da importância da subjetividade e da singularidade da pessoa doente. Em virtude disso, as queixas dos pacientes contra médicos e a insatisfação da população em relação aos serviços de saúde só aumentam (ARAÚJO et al., 2011; FERREIRA; CUNHA, 2014; GUZMÁN; IRIART, 2009; SIQUEIRA, PESSINI e MOTTA DE SIQUEIRA, 2013; TESSER, 2009).

Dessa forma, a relação médico-paciente tem se tornado uma preocupação crescente de gestores, profissionais e pacientes, com o intuito de identificar e sanar os problemas existentes para que o atendimento médico seja cada dia mais humanizado e atenda aos anseios da população (BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; CAPRARA; FRANCO, 1999; PORTO; SCHIERHOLT; COSTA, 2012; SOUZA; SANTOS, 2014; SZWARCOWALD et al., 2016). Assim, esta pesquisa objetiva estudar a relação que médicos e pacientes desenvolvem entre si nos serviços de saúde, de forma a contribuir para aprimorar a qualidade do encontro entre eles.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

O médico é, para o homem doente, a esperança de salvação.
Reginaldo Raimundo Fujita
Ilian Cardoso dos Santos

A relação médico-paciente constitui a essência da prática médica e, historicamente, teve origem com a Medicina hipocrática, cujo objetivo era dirigido ao cuidado e benefício do ser humano, e não simplesmente à cura de doenças (COSTA; AZEVEDO, 2010; FUJITA; SANTOS, 2009).

Nesse sentido, Pereira et al. (2016) afirmam que a relação médico-paciente é baseada na construção do vínculo entre a pessoa que padece e aquela que pode aliviar esse sofrimento. Assim, um bom relacionamento entre médicos e pacientes assegura tranquilidade nas ações de cuidado em saúde, aumenta o grau de satisfação dos pacientes com o serviço recebido, bem como é fator determinante da adesão terapêutica. De fato, tal é a influência do médico sobre o paciente que a boa relação entre estes pode surtir efeito benéfico no tratamento das doenças (ARAÚJO et al., 2011; COSTA; AZEVEDO, 2010; MINOSSI, 2009).

Para compreender melhor esta relação, é necessário entender que médicos e pacientes ocupam posições diferentes e variáveis quando se encontram. Há momentos em que o médico precisa decidir pelo paciente, como sobre a necessidade de uma cirurgia de urgência, por exemplo; em outros, ele pode ter um papel de transmissor de conhecimentos, explicando sobre determinada doença ou solicitando exames; o paciente, por sua vez, pode assumir a postura de demanda, quando tem uma necessidade a ser atendida; em outro momento, pode se recusar a seguir a orientação ou a conduta do médico; logo após, pode discutir com o profissional outras alternativas de tratamento. Assim, é preciso atentar para essa variabilidade e evitar que posturas fixas predominem, pois abrem espaços para consequências danosas à relação médico-paciente, como o autoritarismo por parte do médico (FERREIRA; CUNHA, 2014).

Ao analisarem essas diferentes posições, Caprara e Franco (1999) defendem que, na relação médico-paciente, existem basicamente três posturas médicas: a *paternalista*, na qual o profissional se responsabiliza por todas as decisões acerca dos problemas de saúde dos pacientes; a *informativa*, em que o médico fornece informações e transfere para o paciente as decisões a respeito do tratamento da doença; e a *comunicativa*, cuja postura é de estabelecer uma relação de

diálogo e cumplicidade com o paciente, de forma a permitir que ele participe das decisões sobre os tratamentos que lhe serão propostos.

Outro aspecto a ser considerado é que a relação médico-paciente sofre influência do modelo de atenção à saúde vigente em uma determinada época. Assim, o modelo *biomédico* está voltado para o tratamento da doença em si, levando à separação entre corpo e mente, à semelhança do modo cartesiano. Nesse contexto, o relacionamento entre médico e paciente é unidirecional, em que os profissionais tomam decisões sem considerar a opinião da pessoa doente. Por outro lado, o modelo *biopsicossocial*, que começou a se desenvolver em virtude das insatisfações dos pacientes com a visão biomédica, valoriza o contexto do adoecimento com as variáveis sociais, econômicas e subjetivas que permeiam a vida do homem doente e determinam a forma como ele percebe e lida com a doença. Neste modelo, portanto, o diálogo médico-paciente é fundamental para a adequada condução dos problemas de saúde (LEÃO SILVA; MENEZES DA SILVA; ALENCAR, 2016).

Nesse sentido, segundo Araújo et al. (2011), o médico que se limita ao componente biológico dos pacientes, sem considerar os demais determinantes envolvidos no processo de adoecimento, frequentemente age de forma superficial, com baixa resolutividade e aumento da insatisfação dos pacientes com o atendimento recebido.

É preciso ressaltar, ainda, que múltiplos fatores estão envolvidos no contato entre os profissionais e os pacientes, tais como: características pessoais, idade, sexo e etnia do médico e do paciente, meio em que ocorre o encontro, condições de trabalho e habilidades de comunicação (ZOBOLI; SANTOS; SCHVEITZER, 2016).

Ao analisarem tais fatores, Leão Silva, Menezes da Silva e Alencar (2016) mostram que a relação médico-paciente é historicamente assimétrica: de um lado há o profissional, com papel de examinar, diagnosticar e tratar os pacientes e, do outro, há pessoas fragilizadas pelo adoecimento, à espera do médico para aliviar seu sofrimento. Assim, a imagem deste profissional, perante muitas pessoas, se assemelha a de um sacerdote, e remete ao desejo, por parte destas, de que o médico desenvolva seu trabalho com base na dedicação, sacrifício e confidencialidade. Além disso, segundo esses autores, de acordo com a mitologia, os médicos seriam representantes na terra do deus Apolo, o que contribui para a ideia de que estes são superiores àqueles que recebem seus cuidados, e reforça a assimetria da relação entre eles.

Para Jucá et al. (2010), o relacionamento entre médicos e pacientes é assimétrico tanto por questões relacionadas aos sujeitos do encontro, como níveis de escolaridade, diferença de classes sociais e de condições de vida; quanto é influenciado por fatores estruturais, como a

organização dos serviços, o acesso à assistência, e até mesmo pela estrutura física, nem sempre adequada, dos espaços das consultas.

De acordo com Marques Filho (2003), outro aspecto a ser considerado com cautela é que o adoecimento leva os pacientes a um estado de regressão para situações vivenciadas ao longo da vida, sobretudo referentes aos relacionamentos interpessoais. Em virtude da importância da figura do médico para os pacientes, é comum que estes transfiram para o profissional as expectativas, sejam boas ou ruins, de relacionamentos vivenciados anteriormente, fenômeno conhecido como *transferência*. De modo similar, os médicos podem direcionar sentimentos e atitudes, de forma irracional, para aqueles que recebem seus cuidados, o que se chama de *contratransferência*. É o que explica, por exemplo, o porquê de alguns pacientes, sem causa aparente, parecerem mais agradáveis que outros para o médico. Nesse sentido, é preciso ter cuidado para que essas impressões do médico a respeito do paciente não o levem a tomar atitudes que se desviem do comportamento profissional esperado.

Em seu trabalho, cabe ao médico associar os conhecimentos técnicos à visão da singularidade do ser humano, com as variáveis sociais, econômicas, afetivas e culturais que o afetam e o representam. Dessa forma, só pode ocorrer humanização da relação entre médicos e pacientes se a subjetividade destes e a experiência individual do adoecimento forem levadas em consideração (ARAÚJO et al., 2011; BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; FUJITA; SANTOS, 2009; MARTA et al., 2009; MIRANDA; FELICIANO; SAMPAIO, 2014; PEIXOTO; MOURÃO; SERPA JÚNIOR, 2016; PEREIRA et al., 2016; SILVA, et al., 2009; SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015).

Além disso, no exercício da profissão, os médicos devem se valer dos princípios da Bioética. Este termo, que surgiu no início da década de 1970, tem o objetivo de discutir assuntos referentes à vida humana, de forma a garantir que se tomem as condutas mais adequadas para assegurar o direito individual de viver (AFONSO; MINAYO, 2013).

Nesse sentido, o primeiro princípio da Bioética é o da *beneficência*, isto é, estar disposto a fazer o bem pelo outro, e pressupõe o uso de todos os recursos disponíveis da Medicina para aliviar o sofrimento das pessoas, protegê-las de agravos e garantir a execução de seus direitos. O segundo é o da *não maleficência*, que consiste na obrigação de não causar danos aos pacientes de forma intencional. O terceiro princípio é o da *justiça*, que preconiza que os benefícios resultantes de uma ação médica sejam estendidos a outros pacientes, sem qualquer forma de distinção. O último é o princípio da *autonomia* da vontade do paciente ou de seu representante legal, que consiste no direito de os pacientes decidirem sobre as ações às quais querem ser submetidos, sejam diagnósticas ou terapêuticas, e à obrigação do médico de informar adequadamente seus

pacientes para que estes sejam capazes de manifestar sua vontade (ALMEIDA; LINS; ROCHA, 2015; MARQUES FILHO, 2003; MARTA et al., 2009; NEVES JÚNIOR; ARAÚJO; REGO, 2016; TRINDADE et al., 2007).

Neste ponto, cabe destacar a influência sobre o relacionamento médico-paciente da etnia e da cultura dos envolvidos nesse encontro. Nos países anglo-saxões, por exemplo, a relação se assemelha a um contrato, e o princípio da autonomia adquire relevância maior. Por outro lado, naqueles de língua latina, como o Brasil, os significados de beneficência e misericórdia se aproximam, revelando uma relação mais próxima do paternalismo e, portanto, assimétrica (LIRA et al., 2015; TRINDADE et al., 2007).

Para Yonekura et al. (2013), outro fator que influencia a relação médico-paciente e que deve ser levado em consideração são as roupas e adereços utilizados pelos médicos. Em geral, os pacientes preferem profissionais que se vistam de forma mais conservadora, bem como valorizam e têm mais confiança naqueles que fazem uso do jaleco branco, ao qual associam a imagem de um médico bem preparado, higiênico e preocupado com eles. Entretanto, ainda que a aparência possa influenciar a relação médico-paciente, sobretudo nos momentos que precedem a consulta e nos primeiros minutos do atendimento, é a atitude e o comportamento do médico que determinam a impressão dos pacientes quanto ao cuidado recebido.

Independente da vestimenta, os médicos devem tratar de forma igualitária seus pacientes, sem distinção por gênero, classe social, orientação sexual, tipo de atendimento (público ou privado) ou qualquer outra forma de discriminação (SANTOS et al., 2013).

Além disso, a consulta médica deve ser acolhedora e deve permitir espaço para o paciente se expressar. Os pacientes querem ser ouvidos, anseiam por atenção e respeito aos seus direitos, bem como valorizam médicos alegres e sorridentes e acreditem que essa postura pode impactar favoravelmente no restabelecimento da saúde. Por sua vez, ouvir os pacientes permite ao médico conhecer as necessidades destes, ao invés de fazer suposições sobre o que é ou não necessário para eles (ARAÚJO et al., 2011; CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015; GUZMÁN; IRIART, 2009; MIRANDA; FELICIANO; SAMPAIO, 2014; PORTO; SCHIERHOLT; COSTA, 2012; RODRIGUEZ, 2014; ROSSI-BARBOSA, et al., 2010).

Em síntese, para que haja um bom relacionamento entre médicos e pacientes, é preciso humanização da assistência, atendimento personalizado, garantia do direito dos pacientes à informação e consentimento destes para a realização dos procedimentos. Para isso, o trabalho do médico deve ser desenvolvido com prudência, virtude, compaixão, lealdade aos seus pacientes, benevolência e respeito à dignidade do ser humano (ARAÚJO et al., 2011; GEOVANINI; BRAZ, 2013).

Assim, a prática médica não deve se restringir a consertar a “máquina humana” em busca de um ideal de normalidade, mas antes, o médico deve ajudar os pacientes a produzir novas soluções e novas formas de viver frente ao adoecimento. Para tanto, médicos e pacientes devem construir uma relação de harmonia, afetuosidade e confiança entre si (BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; MARQUES FILHO; HOSSNE, 2015; SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015).

2.2 DIFICULDADES NO RELACIONAMENTO ENTRE MÉDICOS E PACIENTES

Atualmente, existem recursos para lidar com cada fragmento do homem, mas falta ao médico a habilidade para dar conta do mesmo homem em sua totalidade.

Karl Jaspers

Um dos principais problemas da Medicina na atualidade é o afastamento entre médicos e pacientes. Apesar da importância da relação médico-paciente para o contexto do cuidado em saúde, tem-se observado a desumanização desta relação, com os médicos se preocupando, cada vez mais, em tratar doenças, em detrimento de cuidar de pessoas doentes (CAPRARA; RODRIGUES, 2004; COSTA; AZEVEDO, 2010; GUZMÁN; IRIART, 2009; MIRANDA; FELICIANO; SAMPAIO, 2014; SEOANE; FORTES, 2014; SOARES; CAMARGO JÚNIOR, 2007).

De acordo com Ferreira e Cunha (2014), a partir do século XX, com os avanços na área da biotecnologia e o desenvolvimento de sofisticados exames diagnósticos, a atenção dos médicos, antes concentrada no sujeito doente, foi dirigida para a doença, na tentativa de detectá-la antes que se manifestasse clinicamente. Essa mudança de foco resultou na perda do interesse pela subjetividade do paciente e na proliferação de pedidos de exames “complementares”, determinando significativas mudanças na relação médico-paciente (GUZMÁN; IRIART, 2009; TESSER, 2009).

Nesse sentido, as pesquisas mostram que os médicos não são preparados, durante a graduação, para compreender e lidar com os sentimentos dos pacientes. Pelo contrário, são estimulados a manter o distanciamento destes, inclusive para provar que estão aptos a exercer a Medicina, pois, supostamente, não conseguirão ser médicos se sofrerem a cada vez que um paciente morrer, por exemplo (NATIONS; GOMES, 2007; PEROSA; RANZANI, 2008; TESSER, 2009).

Segundo Marta et al. (2009), a própria formação médica geralmente contribui para a falta de envolvimento emocional do médico com seus pacientes: no primeiro ano, os alunos se deparam com os cadáveres nas aulas de Anatomia e vão do medo inicial à satisfação pelo domínio dos conhecimentos sobre o corpo do outro; no terceiro ano, por sua vez, nas aulas de Propedêutica, iniciam o contato com os pacientes e têm de aprender que as doenças descritas nos livros são vivenciadas por seres humanos, mas têm pouca oportunidade de discutir e compartilhar essas percepções com os professores; ao final do curso, no internato, passam a ser membros da equipe de cuidado aos pacientes, e intensificam o contato com o sofrimento humano, inclusive com o processo da morte, sem que haja tempo adequado para compartilharem suas dúvidas e angústias sobre suas relações com os pacientes.

Por detrás dessa atitude de distanciamento do médico, certamente há também a falta de habilidade para lidar com a perda dos pacientes, uma vez que esta significa, para muitos médicos, seu fracasso enquanto profissionais. Além do mais, o maior contato com os pacientes e seus sofrimentos, expõe os médicos aos seus próprios questionamentos quanto à vida, à morte e aos limites da Medicina (NATIONS; GOMES, 2007; PEROSA; RANZANI, 2008).

Dessa forma, para Porto, Schierholt e Costa (2012), a subjetividade dos pacientes, expressa pela necessidade de terem suas emoções e seus sofrimentos considerados pelos profissionais da saúde, frequentemente assusta o médico, que se vê impossibilitado de exercer o que mais aprende durante a graduação: medicar. Em outros casos, conforme ressalta Ferreira e Cunha (2014), a conduta dos médicos frente à subjetividade dos pacientes é justamente rotulá-la em transtornos mentais e até medicalizá-la.

Ainda em relação ao distanciamento entre médicos e pacientes, Miranda, Feliciano e Sampaio (2014) mostram que o modelo biomédico abre espaço para as manifestações clínicas da doença, mas não para as expectativas, medos, ansiedade e valores daqueles que vivenciam o adoecimento. Nesse sentido, a Medicina centrada na doença favorece o modelo paternalista de relação médico-paciente, em que o profissional decide as condutas que achar mais adequadas para o tratamento dos pacientes, sem passar informações em quantidade e qualidade suficientes para que estes exerçam sua autonomia.

Conforme dito anteriormente, não se pode esquecer, ainda, da assimetria na relação médico-paciente: de um lado, há a figura do paciente, fragilizado pelo adoecimento, que transfere a responsabilidade sobre seus problemas de saúde para o profissional, e do outro, o médico, autoridade do saber. Nesse contexto, não é infrequente que os pacientes se sintam inferiores frente à figura do profissional. Além disso, a cultura do médico paternalista permeia a classe médica de tal forma que, em muitos casos, o paciente chega a ser visto como incapaz de

tomar decisões sozinho (ARAÚJO et al., 2011; GUZMÁN; IRIART, 2009; TRINDADE et al., 2007).

Outro aspecto a ser considerado é que o médico nem sempre assume uma postura acolhedora diante do seu paciente; ao invés disso, em muitos casos, é arrogante, autoritário e pouco comunicativo, aumentando a insegurança e a insatisfação dos pacientes. Para Tesser (2009), a arrogância pode ser compreendida, do ponto de vista histórico, como consequência da distinção entre Ciência e saber comum, em que o médico, representante do conhecimento científico, culturalmente sempre foi visto com distinção na sociedade; o autoritarismo, por sua vez, não distante da arrogância, foi historicamente reforçado com a hospitalização dos pacientes e a menor necessidade, nesse contexto, de explicações acerca de prescrições, exames e diagnósticos. Assim, para esse autor, ao se depararem com pacientes em ambientes extra-hospitalares, como clínicas e consultórios, os médicos frequentemente encontram dificuldades em manter uma boa relação, haja vista que não foram adequadamente preparados para trabalhar nesses cenários.

Em virtude dessas más posturas, Araújo et al. (2011) mostram que tem havido aumento das denúncias contra médicos aos Conselhos da Classe. Nesse sentido, Almeida e Pimentel (2016) identificaram que, dentre as principais causas de denúncias contra médicos ao Conselho Regional de Medicina de Sergipe, 13,8% referem-se a dificuldades no relacionamento entre profissionais e pacientes. Em pesquisa semelhante, Fujita e Santos (2009) relataram que, dentre as denúncias contra médicos ao Conselho de Medicina de Goiás, 30,4% foram por inadequada relação médico-paciente e, dentre estas, as principais queixas foram por mau atendimento (39,5%) e negligência (29,7%), abrangendo situações como omissão de socorro, agressão ao paciente, abuso de poder, assédio sexual, discriminação e quebra de sigilo.

Nesse sentido, o Código de Defesa do Consumidor, o Novo Código Civil brasileiro, além de juizados cíveis e criminais respaldam os pacientes contra os erros médicos. Além disso, o aumento das denúncias contra médicos pode ser justificado também pelo maior conhecimento da população acerca das indenizações que podem receber caso a queixa seja julgada procedente (ALMEIDA; PIMENTEL, 2016; FUJITA; SANTOS, 2009).

De fato, o acesso dos pacientes à informação, sobretudo através da Internet, tem modificado a relação destes com seus médicos. Nesse sentido, o profissional deixou de ser o detentor exclusivo do saber. Há, pelo contrário, um novo perfil de paciente: aquele que vai à consulta após uma busca ativa sobre o significado dos seus sintomas e espera do médico a formação suficiente para organizar e aplicar as informações obtidas para chegar a um diagnóstico

final (CABRAL; TREVISOL, 2010; FUJITA; SANTOS, 2009; GARBIN; PEREIRA NETO; GUILAM, 2008; MARQUES FILHO, 2003).

Essa prática, por um lado, implica na mudança de postura do paciente, que fica mais capacitado a discutir com o médico sobre as melhores alternativas para o seu tratamento; por outro, pode gerar situações de conflito na relação médico-paciente advindas da desconfiança do paciente em relação à conduta do profissional, que nem sempre ratifica as informações contidas na Internet, e do desconforto do médico, que se sente testado a todo instante pelo paciente (MARQUES FILHO; HOSSNE, 2015).

Nesse contexto de troca de informações, as dificuldades de comunicação, representadas principalmente pela incompreensão, por parte do médico, quanto às queixas do paciente, ou pela dificuldade de o médico explicar ou de o paciente entender o que ele tem, constituem outro problema desta relação. Essas dificuldades são justificadas, sobretudo, pela falta de preparo dos profissionais para lidar com essa tarefa, e resultam em má adesão aos tratamentos (ALMEIDA; PIMENTEL, 2016; CAPRARA; FRANCO, 1999; GEOVANINI; BRAZ, 2013; GROSSEMAN; STOLL, 2008; PIMENTEL, 2017).

Lira et al. (2015) explicam que, no que se refere à comunicação, as consultas médicas geralmente causam ansiedade aos pacientes, principalmente os de classes sociais menos favorecidas, que encontram dificuldades para expressar seus problemas aos médicos e para entender o que os profissionais querem dizer.

Nesse sentido, Porto, Schierholt e Costa (2012) mostram que, durante o transcurso das consultas, os médicos geralmente adotam duas posturas para se comunicarem com seus pacientes: ou utilizam uma linguagem infantil, em que as informações são transmitidas de forma rápida e superficial, com vistas a concluir logo o atendimento, ou usam jargões e expressões técnicas com o intuito de demonstrar conhecimento e acabam intimidando o paciente, que por não entender o que é dito, envergonha-se de perguntar. Essas posturas, por sua vez, podem levar à insatisfação do paciente em relação ao profissional, e até mesmo suscitar dúvidas quanto ao diagnóstico e ao tratamento proposto (OSTERMANN; SOUZA, 2009).

As dificuldades de comunicação são ainda maiores no contexto das más notícias, que são todas aquelas que acarretam impacto negativo na vida dos pacientes. Nesse sentido, por muitos anos, a conduta era a omissão das informações com o objetivo de proteger os pacientes dos danos acarretados pelo conhecimento da verdade sobre o diagnóstico e prognóstico dos seus problemas de saúde. Entretanto, nas últimas décadas, cada vez mais, a postura dos médicos têm sido de comunicar essas notícias aos seus pacientes, o que esbarra na falta de habilidades

suficientes para isso (JUCÁ et al., 2010; KOCH; ROSA; BEDIN, 2017; NONINO; MAGALHÃES; FALCÃO, 2012).

Uma das explicações para a falta de comunicação dos médicos sobre o prognóstico de doenças aos pacientes é que os profissionais, ao perceberem sua limitação frente à morte, evitam abordar temas ligados a ela. Assim, para esconder sua “impotência”, os médicos acabam não comunicando de forma adequada os diagnósticos e prognósticos aos doentes, acarretando, nestes, dúvidas quanto ao seu real estado de saúde e fragilidade na relação com o médico. Esta atitude do profissional, por sua vez, desrespeita o direito dos pacientes, e se configura como infração ética, passível de punição (GEOVANINI; BRAZ, 2013; MARTA et al., 2009).

Ainda quanto aos problemas que afetam a relação médico-paciente, a falta de organização e as dificuldades estruturais dos serviços de saúde, com equipamentos e materiais insuficientes, dificultam o cuidado humanizado, por mais que o profissional esteja com boas intenções de realizar seu trabalho (CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015; NATIONS; GOMES, 2007).

Outra dificuldade encontrada é que os médicos nem sempre conseguem avaliar adequadamente a satisfação dos pacientes quanto à qualidade da consulta realizada por eles. Dessa forma, julgam fazer um bom atendimento, e não se preocupam em aperfeiçoá-lo, o que faz com que práticas ruins possam ser mantidas por um longo tempo (SANTOS et al., 2007).

Portanto, conforme foi visto, a má-relação entre o médico e o paciente não deve ser interpretada de forma isolada, mas sim como o produto dos fatores individuais, sociais, econômicos, educacionais e históricos dos envolvidos nesse encontro (TESSER, 2009).

2.3 A COMUNICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA APRIMORAR A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

*Se falares a um homem numa linguagem que ele compreenda,
a tua mensagem entra na sua cabeça. Se lhe falares na sua
própria linguagem, a tua mensagem entra-lhe diretamente no
coração.*

Nelson Mandela

A comunicação é uma forma eficaz de humanizar os serviços de saúde e, quando efetiva, impacta favoravelmente no processo saúde/doença, atuando desde a promoção e prevenção de agravos até melhorando a adesão aos tratamentos. Além disso, é uma forma valiosa de fortalecer os vínculos entre o médico e o paciente, e de dar a este a sensação de autocontrole sobre sua

doença (COSTA; AZEVEDO, 2010; FERNANDES; BRITTO, 2007; GROSSEMAN; STOLL, 2008; KOCH; ROSA; BEDIN, 2017; LIRA et al., 2015; OLIVEIRA; GOMES, 2004; OSTERMANN; SOUZA, 2009; RODRIGUEZ, 2014; ROSSI; BATISTA, 2006; SILVA JUNIOR et al., 2014).

De acordo com Caprara e Franco (1999), a relação médico-paciente deve ser construída com base na comunicação. Nesse sentido, as palavras do médico têm um poder muito grande sobre o paciente, muitas vezes fragilizado pela doença, de modo que, para estes, não é apenas o exame físico que importa, mas também o diálogo com o médico (LEÃO SILVA, MENEZES DA SILVA; ALENCAR, 2016; SANTOS, et al., 2007; SILVA, et al., 2009).

Lira et al. (2015) mostram que o início da relação entre o médico e o paciente se dá através da comunicação, e, a depender da forma como ela se desenvolve, essa relação pode ou não ser facilitada. Assim, o diálogo com os pacientes deve ser o mais verdadeiro possível, com espaço para perguntas e respostas, pois a comunicação, neste contexto, só é efetiva quando os profissionais conseguem compreender aquilo que os pacientes querem dizer e quando são entendidos por eles (GUZMÁN; IRIART, 2009; LIRA et al., 2015; MIRANDA; FELICIANO; SAMPAIO, 2014; ROSSI; BATISTA, 2006; SEOANE; FORTES, 2014).

Segundo Leão Silva, Menezes da Silva e Alencar (2016), o adoecimento causa fragilidade psíquica ao homem, que se depara com aspectos angustiantes da existência humana, a exemplo das experiências de vida e de morte. Dessa forma, os pacientes ficam ansiosos quanto ao resultado de exames e/ou procedimentos, bem como desejam conhecer os próximos passos dos tratamentos a que serão submetidos, o que torna imperiosa a necessidade de comunicação entre o médico e seu paciente (AFONSO; MINAYO, 2013; BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; MIRANDA; FELICIANO; SAMPAIO, 2014; OLIVEIRA; GOMES, 2004; SANTOS, et al., 2007).

Além do mais, deve-se considerar que o paciente que desconhece seu diagnóstico não entende o porquê de estar sendo tratado e frequentemente não adere às propostas de tratamento. Neste sentido, receber informações adequadamente é um direito dos pacientes e assegura a eles a autonomia para decidirem sobre os rumos dos seus tratamentos. Em virtude disso, o Código de Ética Médica proíbe que o profissional oculte informações referentes ao diagnóstico e prognóstico da doença, a menos que tragam mais prejuízo à saúde do doente se forem reveladas (AFONSO; MINAYO, 2013; CHAVEIRO; PORTO; BARBOSA, 2009; CHEHUEN NETO et al., 2013; MARTA et al., 2009; SEOANE; FORTES, 2014; SILVA et al., 2009; TRINDADE et al., 2007).

É preciso compreender, portanto, que a adequada comunicação é o principal determinante do grau de satisfação dos pacientes, e pode modificar inclusive a forma como estes vivenciam a experiência do adoecimento. Assim, não é de se estranhar que a maioria das queixas dos pacientes contra os médicos não tenha relação com a competência clínica, mas sim com dificuldades de comunicação (AFONSO; MINAYO, 2013; BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; CAPRARA; FRANCO, 1999; CAPRARA; RODRIGUES, 2004; FERNANDES; BRITTO, 2007; GROSSEMAN; STOLL, 2008; MORITZ, 2007; RODRIGUEZ, 2014; SILVA et al., 2009).

Dessa forma, o médico não deve se eximir da responsabilidade de se comunicar com os pacientes. Nesse sentido, o primeiro passo para o estabelecimento da comunicação entre eles é a apresentação. Os pacientes esperam que o médico se identifique e que os reconheçam pelo nome, de forma a personalizá-los. Por outro lado, percebem e desaprovam quando são identificados pela patologia que apresentam ou pelo número do leito que ocupam (LEÃO SILVA; MENEZES DA SILVA; ALENCAR, 2016; MORITZ, 2007; SILVA et al., 2009).

Além disso, a receptividade dos médicos quando os pacientes entram no consultório, manifestada por meio de um cumprimento cordial, como um *Bom dia*, tem o poder de fortalecer a relação médico-paciente através da construção de vínculos (MIRANDA; FELICIANO; SAMPAIO, 2014).

Outro aspecto que merece atenção é que a comunicação médico-paciente é prejudicada pelo uso de jargões técnicos que as pessoas em geral desconhecem. Dessa forma, a linguagem utilizada pelos médicos, tanto para obter informações necessárias ao diagnóstico, quanto para dar explicações sobre a doença, seu prognóstico e tratamentos, deverá ser clara e compreensível aos pacientes (KOCH; ROSA; BEDIN, 2017; LEÃO SILVA; MENEZES DA SILVA; ALENCAR, 2016; LIRA et al., 2015; ROSSI; BATISTA, 2006).

É preciso destacar ainda a necessidade de que os médicos atentem para o momento adequado de comunicar diagnósticos e prognósticos, sobretudo quando estes representarem uma má notícia, isto é, quando puderem alterar de forma negativa o modo como quem a recebe enxerga o seu futuro. Nessa situação, é prudente procurar entender o contexto, o conhecimento prévio do paciente sobre a doença, bem como saber se ele quer ou não receber as informações. Com esses objetivos, é válido o uso de protocolos para a transmissão das informações, a exemplo do SPIKES, desenvolvido por Buckman, em 1992, para a comunicação de más-notícias (BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; CHEHUEN NETO et al., 2013; GEOVANINI; BRAZ, 2013; KOCH; ROSA; BEDIN, 2017; SILVA et al., 2009).

Por sua vez, é necessário compreender que as relações humanas são fortemente influenciadas pela comunicação não-verbal. Assim, o médico transmite informações através da sua aparência, da sua postura e dos seus gestos, de forma que os pacientes sempre observam essas características no profissional, mesmo que a relação já seja de longos anos, e valorizam médicos sorridentes e gentis, em detrimento daqueles com expressão sisuda (CHAVEIRO; PORTO; BARBOSA, 2009; ROSSI; BATISTA, 2006; ROSSI-BARBOSA et al., 2010).

Nesse sentido, os pacientes tanto percebem o grau de atenção e cuidado dos profissionais, quanto inferem acerca da gravidade de suas condições de saúde a depender da comunicação não verbal do médico. De modo similar, é importante que esses profissionais também saibam reconhecer a linguagem não verbal dos pacientes, identificando nestes, por exemplo, expressões de medo, dúvida ou ansiedade, que podem ser aliviadas com adequada informação médica (LEÃO SILVA, MENEZES DA SILVA; ALENCAR, 2016; ROSSI; BATISTA, 2006).

Assim, da mesma forma que se preocupam com o resultado de exames e com a eficácia dos tratamentos, os médicos deveriam atentar para a qualidade da comunicação que mantêm com seus pacientes (AFONSO; MINAYO, 2013; ROSSI; BATISTA, 2006).

Entretanto, apesar da importância da comunicação no trabalho do médico, nem sempre esse tema é adequadamente trabalhado durante a graduação, de modo que o aprendizado muitas vezes se dá pela simples observação de professores e de outros profissionais médicos. Assim, é preciso que as escolas médicas invistam mais no ensino de habilidades de comunicação durante a graduação (AFONSO; MINAYO, 2013; GEOVANINI; BRAZ, 2013; ROSSI; BATISTA, 2006; SILVA et al., 2009).

Somente quando os médicos conseguirem se comunicar adequadamente com os pacientes será possível que o relacionamento entre eles seja pautado pela igualdade, confiança, respeito mútuo e formação de vínculos, necessários para que ambos unam esforços em busca do mesmo objetivo: resolução dos problemas de saúde (MIRANDA; FELICIANO; SAMPAIO, 2014).

2.4 O PAPEL DAS FACULDADES DE MEDICINA NA HUMANIZAÇÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas, ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

Carl Jung

De acordo com Seoane e Fortes (2014), humanizar a assistência em saúde significa entender os indivíduos, sejam profissionais ou pacientes, em sua totalidade e criar meios para que cada um deles possa atingir seus objetivos, enquanto seres humanos, de forma autônoma.

Desde os anos de 1950, a nível internacional, já se discutia a necessidade de voltar a valorizar os aspectos subjetivos dos pacientes, pensamento aprimorado nos anos 60. A partir de então, cada vez mais, se reconhece a importância de considerar a afetividade dos pacientes, suas impressões e experiências com o adoecimento (ARAÚJO et al., 2011).

No Brasil, por sua vez, com a criação do Sistema Único de Saúde, no final da década de 1980, fortaleceu-se a necessidade de um médico generalista, que associe os conhecimentos científicos à percepção do ser humano doente como um todo, com as variáveis sociais, políticas e econômicas implicadas no processo de adoecimento (SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015).

Nesse sentido, a humanização da prática médica tem sido cada vez mais abordada, e uma preocupação crescente dos Conselhos de Medicina, das instâncias governamentais, e das instituições de ensino. Apesar disso, parece haver uma dificuldade destas em associar esse conteúdo à prática médica, uma vez que a implementação desses temas ainda ocorre de forma lenta e superficial (SILVA JUNIOR et al., 2014).

Para Silva, Muhl e Moliani (2015), apesar de as escolas de Medicina se preocuparem cada vez mais com o contato precoce entre alunos e pacientes, com o propósito de reduzir a distância entre a teoria e a prática, na maioria das vezes, esse encontro se restringe à escuta das queixas, identificação de patologias e prescrição de tratamentos, conforme preconiza o modelo biomédico. Dessa forma, não há espaço para discussão sobre os aspectos inerentes ao adoecimento do indivíduo, o que prejudica, no aprendizado prático, a formação humanista dos estudantes.

Além disso há divergências entre os próprios professores quanto à importância de não limitar o paciente às manifestações físicas da doença, o que colabora para as dificuldades na formação médica (SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015).

Nesse contexto, a reforma universitária dos cursos de Medicina de 1968, no Brasil, foi amplamente baseada no Relatório Flexner, de 1902, dando importância à aquisição de habilidades técnicas, em detrimento à formação humanista e ética dos estudantes. Assim, a Medicina foi fragmentada em diversas especialidades, com dificuldade em formar médicos de cunho generalista. Em virtude disso, observaram-se claros prejuízos ao ensino médico, de modo que os trabalhos atuais propõem uma educação mais humanista dos estudantes para uma abordagem mais integral dos pacientes (CAMARGO; ALMEIDA; MORITA, 2014; MARTA et al., 2009).

Para esse fim, as Diretrizes Curriculares do Ensino Médico, lançadas em 2001 pelo Conselho Nacional de Educação, preconizam a integração entre teoria e prática, pesquisa e ensino, e entre os conteúdos biológicos, ambientais e sociais envolvidos no processo de saúde e doença. Além disso, enfatizam o contato precoce dos estudantes com os serviços de saúde e a participação deles na construção do conhecimento. Neste mesmo ano, foi lançado também, pelos Ministérios da Saúde e da Educação, o Programa de Incentivo às Mudanças nos cursos de Medicina, que, entre outras coisas, incentiva o uso de metodologias ativas de aprendizagem (SILVA JUNIOR et al., 2014).

Segundo Silva, Muhl e Moliani (2015), as diretrizes curriculares do curso de Medicina preconizam uma formação que possibilite aos médicos um atendimento integral e humanizado dos seus pacientes, conforme pode ser visto abaixo:

Capítulo I, Art. 3º: O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, 2014

Assim, de acordo com as novas propostas de ensino médico, os estudantes devem ser preparados para contribuir para o bem-estar dos pacientes nos aspectos físico, psíquico e social. Em virtude disso, é preciso que as escolas de Medicina readéquem seus programas curriculares para incluir disciplinas que fomentem nos estudantes a importância de perceber a singularidade do outro, e de centralizar suas ações no indivíduo, e não apenas na doença (BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; FERREIRA et al., 2015; MARTA et al., 2009; PIMENTEL, 2017; SILVA JUNIOR et al., 2014; SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015; SIQUEIRA, PESSINI; MOTTA DE SIQUEIRA, 2013).

Para alcançar esse objetivo, o uso de metodologias de aprendizagem ativas, como a dramatização, promove meios de os alunos exporem suas dúvidas e ansiedades quanto às situações vivenciadas com os pacientes, bem como estimula o debate entre eles e os professores, de modo a melhorar a forma como os estudantes se comunicam com os pacientes e vivenciam o sofrimento humano (PEROSA; RANZANI, 2008).

De acordo com Rabelo e Garcia (2015), a dramatização é um bom recurso, pois possibilita que o aluno interprete diversos papéis, simulando a postura do médico, do paciente ou da família, o que lhe permite vivenciar situações práticas sob pontos de vista diferentes. Para

esses autores, após a encenação, deve haver discussão sobre as situações vividas, sobre como o aluno se sentiu em seu papel e sobre como sua atuação poderia melhorar (no caso de encenar o médico). Assim, esse processo de aprendizagem é formado por um ciclo de 4 etapas: (1) ação (dramatização), seguida de um momento de (2) reflexão sobre as condutas e experiências, que (3) desperta transformações nos conceitos dos alunos sobre a realidade e (4) gera mudanças de atitude. Em virtude dessas características, da necessidade de poucos recursos para implementação e do potencial de efetividade, sempre que houver tutor capacitado para intermediar os espaços, é uma técnica na qual vale a pena se investir.

Além disso, outras estratégias, como observação dos atendimentos dos professores, consultas de pacientes reais pelos alunos, entrevistas de pacientes simulados, e feedback das consultas realizadas, dentre outras, podem contribuir para aprimorar a relação médico-paciente entre os futuros profissionais (GROSSEMAN; STOLL, 2008).

De forma similar ao exposto para o desenvolvimento de habilidades de comunicação, a discussão de temas referentes à ética médica e à bioética pode contribuir para a humanização das práticas nos serviços de saúde. Para tanto, esses assuntos devem ser abordados durante toda a formação médica, preferencialmente através de metodologias ativas, como grupos de discussão com pequenos alunos. Outra estratégia é a abordagem de situações que ocorreram na vida real, ou que foram noticiadas pela mídia, por exemplo, pois, dessa forma, há maior interesse dos alunos, que podem visualizar, na prática, a importância desses conteúdos durante a sua formação (CAMARGO; ALMEIDA; MORITA, 2014; FERREIRA; MOURÃO; ALMEIDA, 2016; NEVES JÚNIOR; ARAÚJO; REGO, 2016; YAMAKI et al., 2014).

Além disso, a aproximação entre as disciplinas dos ciclos básico e clínico, bem como discussões sobre espiritualidade, morte e terminalidade, dentre outros temas, podem contribuir para a formação mais humanizada dos futuros médicos (COMIN et al., 2017; SIQUEIRA; PESSINI; MOTTA DE SIQUEIRA, 2013).

É preciso reconhecer também o papel dos professores, cujas posturas e atitudes em muito influenciam o tipo de profissional que será formado. Assim, é necessário que os docentes sejam adequadamente capacitados para o ensino de ética médica, bioética e habilidades de comunicação, bem como se esforcem para ajudar os alunos da graduação a desenvolver relações empáticas com seus pacientes (CAMARGO; ALMEIDA; MORITA, 2014; COSTA; AZEVEDO, 2010; FERREIRA; MOURÃO; ALMEIDA, 2016; GROSSEMAN; STOLL, 2008).

Por fim, é necessário que as faculdades de Medicina ensinem aos estudantes sobre a importância de incluir os pacientes como sujeitos ativos no seu processo de adoecimento e restabelecimento da saúde. Treinar os futuros médicos a ouvir o que o paciente tem a dizer é uma

forma de contribuir para a formação de profissionais mais acolhedores, dispostos a enxergar o adoecimento como um todo, e não apenas a diagnosticar doenças (BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; LEÃO SILVA; MENEZES DA SILVA; ALENCAR, 2016; PIMENTEL, 2017).

2.5 O RESPEITO À AUTONOMIA DOS PACIENTES COMO FORMA DE ASSEGURAR A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

*A gente quer ter voz ativa
E no nosso destino mandar
Chico Buarque de Holanda*

A relação médico-paciente deve ser guiada pelo princípio da autonomia, que representa o direito de os pacientes decidirem sobre os tratamentos aos quais querem ser submetidos. Constitui, portanto, um respeito à vida humana (BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; PIMENTEL, 2017; SOARES; CAMARGO JÚNIOR, 2007).

Segundo Marques Filho e Hossne (2015), a autonomia, enquanto princípio, está relacionada à consolidação dos direitos humanos, e é fruto dos ideais defendidos nas revoluções francesa, inglesa e americana, ocorridas entre os séculos XVII e XVIII. Entretanto, a autonomia dos pacientes só começou a ser reconhecida a partir da década de 1960. Até então, a relação médico-paciente era essencialmente assimétrica e paternalista: atribuía-se ao médico a responsabilidade pela cura dos pacientes, que deviam acatar as decisões sem questionamentos (SIQUEIRA; PESSINI; MOTTA DE SIQUEIRA, 2013; SOUZA; SANTOS, 2014).

Nesse sentido, o modelo biopsicossocial, ao considerar a subjetividade da pessoa doente, valoriza as experiências e saberes do indivíduo, com respeito ao seu direito de autonomia para decidir sobre sua saúde. Por outro lado, o modelo biomédico ignora esse direito, e reduz o homem à sua doença, restando-lhe, apenas, o papel de expectador das decisões sobre sua saúde (LEÃO SILVA; MENEZES DA SILVA; ALENCAR, 2016).

Marques Filho e Hossne (2015) mostram ainda que a introdução do conceito de autonomia, ao mesmo tempo em que significou importantes avanços para o paciente, acarretou mudanças na relação com o médico, aumentando a complexidade do encontro entre eles e abrindo espaço para o surgimento de conflitos. Entretanto, o médico não deve ter medo de perder sua importância ao permitir a participação do paciente na construção da estratégia terapêutica, uma vez que para que as pessoas exerçam seu direito à autonomia, é preciso que sejam adequadamente informadas pelo médico sobre os procedimentos e tratamentos a que podem ser

submetidas, em linguagem simples e compreensível, e que realizem os questionamentos que julgarem necessários antes da decisão (SEOANE; FORTES, 2014; SOUZA; SANTOS, 2014).

Souza e Santos (2014) destacam que são os profissionais da saúde que decidem se o paciente é ou não capaz de exercer sua autonomia. Para que o paciente a exerça, é preciso que sua capacidade de discernimento não esteja comprometida por condições físicas ou psíquicas. Dessa forma, os pacientes não devem ser forçados a decidir sobre sua saúde em vigência de medo, dor ou sob influência da enfermidade. Nesses contextos, uma opção é o paciente delegar essa decisão a um representante legal (NUNES; ANJOS, 2014).

Por sua vez, quando há risco de morte iminente, o médico deve atuar em defesa da vida, ainda que suas ações estejam de encontro à vontade do paciente. Nesses casos, prevalece o princípio da beneficência, isto é, de fazer o bem aos pacientes, e o direito à vida, em detrimento à autonomia, de forma que o médico estará autorizado a tomar as condutas sozinho (ALMEIDA; LINS; ROCHA, 2015). Resguardada essa situação, cabe aos médicos o respeito à decisão do paciente, conforme atestado pelo Código de Ética Médica:

É vedado ao médico:

Capítulo IV, Art. 24: Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Capítulo V, Art. 31: Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Capítulo V, Art. 34: Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe causar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Código de Ética Médica, 2009

Nesse sentido, Nunes e Anjos (2014) pontuam que a decisão compartilhada entre médicos e pacientes está associada a melhores resultados nos tratamentos e aumento do grau de satisfação dos pacientes. Por outro lado, quando apenas os médicos tomam as decisões, pode haver realização de procedimentos e tratamentos que vão de encontro aos anseios dos pacientes, com óbvios prejuízos à relação entre eles. Sousa e Santos (2014) mostram ainda que a falta de espaço para a participação dos pacientes é um dos motivos para a descontinuidade dos tratamentos.

Além disso, no contexto da autonomia, é importante a atuação dos pacientes como membros ativos dos processos de gestão dos serviços de saúde, pois, a partir da percepção deles, mudanças significativas podem ser realizadas (BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; SEOANE; FORTES, 2014).

2.6 OUTRAS ESTRATÉGIAS PARA FORTALECER A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

*O todo, sem a parte, não é o todo.
Gregório de Matos*

Os pacientes percebem e valorizam a atenção dispensada pelo médico. Dessa forma, é importante que esse profissional esteja sempre disposto a ouvir a demanda dos pacientes e a buscar solucionar aquilo que estiver ao seu alcance. Nesse sentido, quando os pacientes percebem que o médico está interessado em resolver seus problemas, eles ficam mais satisfeitos e há maior adesão aos tratamentos. Além disso, a consulta empática é capaz de estreitar o vínculo de confiança que o paciente tem pelo médico, com claros benefícios à relação entre eles (FERREIRA; CUNHA, 2014; LIRA et al., 2015; PEIXOTO; MOURÃO; SERPA JÚNIOR, 2016).

Para que o médico possa desenvolver seu trabalho com empatia e ouvir adequadamente as demandas do paciente, é preciso estar atento ao tempo destinado às consultas. Nesse sentido, é importante dispor de tempo suficiente para que os pacientes possam se expressar livremente, pois estes, ao procurarem os serviços médicos, desejam ser acolhidos em suas demandas sem preocupação com a duração da consulta. Além disso, é importante que os médicos compreendam que de nada adianta eles realizarem uma grande quantidade de consultas em um dia de trabalho se as necessidades dos pacientes não forem atendidas (LIRA et al., 2015; SANTOS et al., 2007).

Ainda no que se refere ao atendimento, a triagem dos pacientes, isto é, a identificação daqueles que necessitam de atendimento mais rápido do que os outros é uma forma de humanizar os serviços. Esse acolhimento, normalmente realizado por enfermeiros, possibilita identificar os riscos e as vulnerabilidades de cada paciente, garantindo atendimento prioritário àqueles em maior sofrimento (SEOANE; FORTES, 2014).

Outra estratégia para humanizar a relação médico-paciente é valorizar o diagnóstico clínico. Cada vez mais, a tecnologia tem sido utilizada para substituir a importância de uma anamnese bem-feita, que possibilitaria não apenas o diagnóstico com poucos recursos externos, mas também levaria em consideração o sofrimento das pessoas (SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015). Nesse sentido, Marques Filho (2003) ressalta que os pacientes valorizam médicos que realizam exame físico metódico, pois, a partir de então, se sentem confiantes com o diagnóstico e os tratamentos que forem propostos pelo profissional.

Outro aspecto que merece atenção por parte dos profissionais da área da saúde é a preservação do pudor dos pacientes. Nesses casos, deve-se garantir que os exames ou

procedimentos que requeiram a exposição do corpo nu das pessoas seja feito apenas em local reservado, ou, em caso de impossibilidade de atender a esse preceito, que o paciente seja protegido de alguma forma, como por meio de biombos ou cortinas. Para tanto, em condições nem sempre ideais, com superlotação de pacientes nos espaços hospitalares e falta de recursos, o profissional deve se valer da criatividade (GOMES et al., 2008).

Cabe ressaltar também que o paciente espera ver no médico a figura de um confidente, a quem possa relatar seus problemas com a certeza do sigilo (LEÃO SILVA; MENEZES DA SILVA; ALENCAR, 2016). Este, por sua vez, aumenta a confiança no profissional e permite ao paciente se expressar e tomar suas decisões quanto aos tratamentos sem o medo dos julgamentos externos que poderia vir a sofrer caso a confidencialidade de suas informações e decisões não fosse assegurada (VILLAS-BÔAS, 2015).

Dessa forma, todos os profissionais da área da saúde devem guardar sigilo sobre as informações do paciente, evitando deixá-las ao fácil acesso de terceiros; devem ainda ter cuidado com a comunicação com os familiares ou demais acompanhantes dos pacientes, transmitindo apenas as informações que estes autorizarem. É preciso resguardar a confidencialidade das informações do paciente mesmo na comunicação entre os profissionais da área da saúde. Caso seja necessário discutir o caso entre os profissionais ou para fins acadêmicos, por exemplo, deve-se manter o sigilo na identificação do paciente (CARVALHAL et al., 2017; VILLAS-BÔAS, 2015).

Entretanto, ainda que o sigilo seja um direito dos pacientes e um dever dos profissionais, não constitui uma obrigação do médico, que pode quebrá-lo desde que a omissão da informação traga riscos à vida do próprio paciente ou de outras pessoas (ALMEIDA; LINS; ROCHA, 2015).

Além disso, deve-se reconhecer que a dinâmica familiar do paciente influencia a relação deste com o médico. Nesse sentido, as dificuldades na relação médico-paciente-família podem levar à busca desenfreada pela cura, mesmo quando essa não for mais possível, causando ainda mais danos ao paciente e sofrimento ao profissional, que se vê impotente frente à morte iminente. Dessa forma, é importante que o médico mantenha um bom relacionamento com os familiares do paciente, pois isso contribui para a adesão terapêutica e para a condução de todo o caso, inclusive para se evitar tomar medidas desnecessárias quando não há mais propostas de cunho curativo (BASTOS; ANDRADE; OLIVEIRA ANDRADE, 2017; GEOVANINI; BRAZ, 2013; SILVA et al., 2009).

Para que o atendimento na área da saúde seja humanizado, é preciso, também, que haja humanização nas relações dos gestores dos serviços com os profissionais (CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015; PIMENTEL, 2017). De acordo com Porto, Schierholt e Costa

(2012), a falta de incentivos econômicos, o excesso de trabalho, a precariedade da infraestrutura dos serviços e a cobrança dos usuários contribui para que os profissionais adotem uma postura paternalista na relação médico-paciente.

Nesse sentido, segundo Seoane e Fortes (2014), ainda que a preocupação com o outro seja a base do trabalho dos profissionais de saúde, com o decorrer do tempo, as dificuldades com a estrutura e organização dos serviços, os conflitos com os pacientes e entre os próprios profissionais, bem como a falta de incentivos, acabam por diminuir o interesse das pessoas pelo seu trabalho. Dessa forma, é preciso que os gestores dos serviços de saúde desenvolvam ações de estímulo ao trabalho dos profissionais, fortalecendo neles a importância do serviço que prestam: cuidar de pessoas.

Nesse contexto de valorização do médico, é importante atentar para a saúde desses profissionais. O intenso contato dos médicos com o sofrimento humano pode levá-los ao adoecimento, quer físico ou emocional, inclusive em virtude da falta de preparo adequado, durante a formação, para lidar com essas situações, com prejuízos ao relacionamento médico-paciente (MARQUES FILHO, 2003; MARTA et al., 2009).

Para Grosseman e Stoll (2008), uma vez que o curso de Medicina e a vida do médico envolvem uma elevada carga de estresse emocional, além de treinar os estudantes a reconhecerem os problemas do outro, é preciso que eles sejam capacitados a olharem para si mesmos e a identificarem quando precisam de ajuda, pois só assim estarão aptos a prestar auxílio ao próximo.

Ainda em relação aos médicos, em uma época em que cada vez mais pacientes têm acesso livre às informações sobre os problemas de saúde, é importante que esses profissionais mantenham atualização constante acerca das opções para o diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde, de forma a orientar adequadamente aqueles que procuram os seus serviços (CABRAL; TREVISOL, 2010).

Além disso, os médicos devem atentar também para o fato de que, para alguns pacientes, a aparência tem relação com a competência do profissional. Nesse sentido, os pacientes, em geral, preferem a imagem do médico tradicional quanto às vestimentas e aparência (ROSSI-BARBOSA et al., 2010).

Outro aspecto que requer atenção é que, frente à observação dos pacientes como um todo, o médico deve recorrer à ajuda de outros profissionais da saúde, como psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e enfermeiros para atender à demanda dos pacientes, haja vista que a Medicina, por si só, não consegue abarcar todas as necessidades humanas. Nesse sentido, o trabalho em equipe, com respeito às diferentes profissões da área da saúde, fortalece a

humanização do cuidado dos pacientes (ARAÚJO et al., 2011; CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015).

Por fim, é imprescindível que os pacientes tenham consciência dos seus direitos e deveres para que possam fiscalizar a execução dos princípios doutrinários do SUS e, sempre que preciso, reivindicar melhorias. Para tanto, é necessário que sejam dirigidos investimentos do governo nas áreas de educação e cultura. Além disso, deve-se reconhecer que os profissionais da área da saúde são essenciais para a disseminação de informações sobre os direitos e deveres dos pacientes. Nesse sentido, é preciso que os gestores capacitem os profissionais e que estes desenvolvam um trabalho continuado de educação dos pacientes para que estes se reconheçam como protagonistas dos cuidados em saúde e que possam lutar pelos seus direitos e cumprir seus deveres, exercendo, de fato, sua cidadania (GOMES et al., 2008; SOARES; CAMARGO JÚNIOR, 2007).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade do encontro entre médicos e pacientes é um dos principais determinantes para o restabelecimento da saúde das pessoas. Dessa forma, o médico deve se empenhar, diariamente, para estreitar seus vínculos com o paciente, de forma a não apenas examinar corpos e diagnosticar doenças, mas antes, e, sobretudo, a ser especialista em lidar com o homem doente em sua totalidade.

Para tanto, a boa comunicação entre médicos e pacientes é fundamental. É através dela que se personifica o sofrimento humano, dando voz às histórias e à forma de vivenciar o adoecimento de cada pessoa que se encontra na frente do médico. Por outro lado, é a comunicação do médico com o paciente que dá sentido ao que se esconde por trás de diagnósticos e laudos de exames complementares, transformando termos técnicos e imagens em preto e branco em algo acessível à compreensão das pessoas. Assim, ainda que as informações não sejam as melhores, a figura do médico, o compromisso deste com os pacientes e a forma como ele se comunica têm o poder de aliviar a dor e o sofrimento das pessoas com relação a suas doenças.

Nesse sentido, a atuação das escolas de Medicina é essencial: ao treinar habilidades de comunicação e despertar nos estudantes a importância de reconhecer a subjetividade dos pacientes, manifestada por suas escolhas, seus medos e impressões acerca das doenças, assegura-se a formação de profissionais preocupados com o cuidado integral da saúde das pessoas e com o respeito aos direitos dos pacientes, inclusive no que se refere à autonomia destes para determinar até que momento investir.

Além disso, é preciso garantir à população conhecimentos suficientes para que possam compreender que atendimento em saúde de qualidade, em local com infraestrutura adequada, e com profissionais dispostos a ouvir suas demandas e a buscar resolvê-las não é um favor, mas sim um direito. Somente através da informação das pessoas e do compromisso dos profissionais, as barreiras entre médicos e pacientes serão cada vez menores, e ambos poderão atuar em conjunto para o cuidado em saúde humanizado e com respeito à individualidade de cada um.

4. REFERÊNCIAS

AFONSO, S. B. C.; MINAYO, M. C. S. Notícias difíceis e o posicionamento dos oncopediatras: revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2747-2756, 2013.

ALMEIDA, R. A.; LINS, L.; ROCHA, M. L. Dilemas éticos e bioéticos na atenção à saúde do adolescente. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 320-330, 2015.

ALMEIDA, T. A.; PIMENTEL, D. Julgamento ético do médico em Sergipe, Brasil. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 128-135, 2016.

ARAÚJO, L. C.; PAGNAN, L. B.; ZANETTI, L. R.; SIMÕES, J. C. A arte de ouvir o paciente. **Revista do Médico Residente**, Curitiba, v. 13, n. 2, p. 200-205, 2011.

BASTOS, L. O. A.; ANDRADE, E. N.; OLIVEIRA ANDRADE, E. Relação médico-paciente na oncologia: estudo a partir da perspectiva do paciente. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 563-576, 2017.

BRASIL. **Resolução nº 3**, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>. (Acesso em 18/12/2017)

CABRAL, R. V.; TREVISOL, F. S. A influência da Internet na relação médico-paciente na percepção do médico. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 54, n. 4, p. 416-420, 2010.

CALEGARI, R. C.; MASSAROLLO, M. C. K. B.; SANTOS, M. J. Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, esp. 2, p. 42-47, 2015.

CAMARGO, A.; ALMEIDA, M. A. S.; MORITA, I. Ética e bioética: o que os alunos do sexto ano médico têm a dizer. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 38, n. 2, p. 182-189, 2014.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.

CARVALHAL, G. F.; POLI, M. H.; CLEMENTEL, F. K.; GAUER, G. C.; MARQUES, G. H.; SILVEIRA, I. G.; et al. Recomendações para a proteção da privacidade do paciente. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 39-43, 2017.

CHAVEIRO, N.; PORTO, C. C.; BARBOSA, M. A. Relação do paciente surdo com o médico. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 75, n. 1, p. 147-150, 2009.

CHEHUEN NETO, J. A.; SIRIMARCO, M. T.; CÂNDIDO, T. C.; BICALHO, T. C.; MATOS, B. O.; BERBERT, G. H.; et al. Profissionais de saúde e a comunicação de más notícias sob a ótica do paciente. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 23, n. 4, p. 518-525, 2013.

COMIN, L. T.; PANKA, M.; BELTRAME, V.; STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L. Percepção de pacientes oncológicos sobre terminalidade de vida. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 392-401, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Código de Processo ético-profissional: resolução CFM nº 1.897, de 17 de abril de 2009.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

COSTA, F. D.; AZEVEDO, R. C. S. Empatia, Relação Médico-paciente e formação em Medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2010.

FERNANDES, C. R. D.; BRITTO, I. A. G. S. Ação médica no contexto ambulatorial com o portador de HIV. **Psico-USF**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 309-318, 2007.

FERREIRA, L. C.; BRITO, T. M.; CARVALHO, I. G. M.; FERREIRA, R. C. A percepção de acadêmicos sobre a relação médico-paciente discutida em oficinas problematizadas do caso do eixo teórico-prático integrado (Cetpi). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 119-122, 2015.

FERREIRA, L. C.; MOURÃO, R. A.; ALMEIDA, R. J. Perspectivas de docentes de medicina a respeito de ética médica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 118-127, 2016.

FERREIRA, R. A.; CUNHA, C. F. Relação médico-paciente na adolescência. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 24, supl. 2, p. 80-86, 2014.

FUJITA, R. R.; SANTOS, I. C. Denúncias por erro médico em Goiás. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 283-289, 2009.

GARBIN, H. B. R.; PEREIRA NETO, A. F.; GUILAM, M. C. R. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 579-588, 2008.

GEOVANINI, F.; BRAZ, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 455-462, 2013.

GOMES, A. M. A.; SAMPAIO, J. J. C.; CARVALHO, M. G. B.; NATIONS, M. K.; ALVES, M. S. C. F. Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 773-782, 2008.

GROSSEMAN, S.; STOLL, C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 301-308, 2008.

GUZMÁN, J. L. D.; IRIART, J. A. B. Revelando o vírus, ocultando pessoas: exames de monitoramento (CD4 e CVP) e relação médico-paciente no contexto da AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1132-1140, 2009.

JUCÁ, N. B. H.; GOMES, A. M. A.; MENDES, L. S.; GOMES, D. M.; MARTINS, B. V. L.; SILVA, C. M. G. C.; et al. A comunicação do diagnóstico “sombrio” na relação médico-paciente entre estudantes de Medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 57-64, 2010.

KOCH, C. L.; ROSA, A. B.; BEDIN, S. C. Más notícias: significados atribuídos na prática assistencial neonatal/pediátrica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 577-584, 2017.

LEÃO SILVA, J. L. C.; MENEZES DA SILVA, T. C.; ALENCAR, L. C. A. O paciente e a vivência da visita médica à beira do leito. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 704-712, 2016.

LIRA, H. G.; MACHADO, C. V. B.; DEL CIAMPO, I. R. L.; DEL CIAMPO, L. A. Comunicação médico-paciente em ambulatórios de pediatria de um hospital universitário. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 5, p. 425-430, 2015.

MARQUES FILHO, J. Relacionamento médico-paciente. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 239-239, 2003.

MARQUES FILHO, J.; HOSSNE, W. S. A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 304-310, 2015.

MARTA, G. N.; MARTA, S. N.; FILHO, A. A.; JOB, J. R. P. P. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 416-427, 2009.

MINOSSI, J. G. Prevenção de conflitos médico-legais no exercício da medicina. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 90-95, 2009.

MIRANDA, A. C. A.; FELICIANO, K. V. O.; SAMPAIO, M. A. A comunicação médico-paciente na percepção de mulheres com nódulo mamário e indicação de biópsia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 14, n. 3, p. 251-260, 2014.

MORITZ, R. D. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 485-489, 2007.

NATIONS, M. K.; GOMES, A. M. A. Cuidado, “cavalo batizado” e a crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2103-2112, 2007.

NEVES JÚNIOR, W. A.; ARAÚJO, L. Z. S.; REGO, S. Ensino de bioética nas faculdades de medicina no Brasil. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 98-107, 2016.

NONINO, A.; MAGALHÃES, S. G.; FALCÃO, D. P. Treinamento médico para comunicação de más notícias: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 228-233, 2012.

NUNES, M. I.; ANJOS, M. F. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 241-251, 2014.

OLIVEIRA, V. Z.; GOMES, W. B. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 3, p. 459-469, 2004.

OSTERMANN, A. C.; SOUZA, J. Contribuições da análise da conversa para os estudos sobre o cuidado em saúde: reflexões a partir das atribuições feitas por pacientes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1521-1533, 2009.

PEIXOTO, M. M.; MOURÃO, A. C. N.; SERPA JUNIOR, O. D. O encontro com a perspectiva do outro: empatia na relação entre psiquiatras e pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 881-890, 2016.

PEREIRA, A. T.; GALLIAN, D. M. C.; REGINATO, V.; BENEDETTO, M. A. C. Percepção de alunos de Medicina com a dramatização: uma experiência pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 40, n. 3, p. 497-505, 2016.

PEREIRA, M. G. A.; AZEVÊDO, E. S. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 153-157, 2005.

PEROSA, G. B.; RANZANI, P. M. Capacitação do médico para comunicar más notícias à criança. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 468-473, 2008.

PIMENTEL, D. **Relações e conflitos éticos na prática de médicos e enfermeiros**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2017.

PORTO, D.; SCHIERHOLT, S. R.; COSTA, A. M. Retratos da relação médico-paciente na atenção básica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 288-299, 2012.

RABELO, L.; GARCIA, V. L. Role-play para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e relacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 39, n. 4, p. 586-596, 2015.

RODRIGUEZ, M. I. F. Despedida silenciada: equipe médica, família, paciente – cúmplices da conspiração do silêncio. **Psicologia Revista**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 261-272, 2014.

ROSSI, P. S.; BATISTA, N. A. O ensino da comunicação na graduação em Medicina – uma abordagem. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 93-102, 2006.

ROSSI-BARBOSA, L. A. R.; LIMA, C. C.; QUEIROZ, I. N.; FRÓES, S. S.; CALDEIRA, A. P. A percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 363-370, 2010.

SANTOS, M. F. O.; FERNANDES, M. G. M.; SOUSA, E. S. S.; OLIVEIRA, H. J.; RAMALHO, G. L. Aspectos éticos considerados na relação médico-paciente: vivências de anesthesiologistas. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Botafogo, v. 63, n. 5, p. 398-403, 2013.

SANTOS, T.; ROSENDO, I.; PIMENTA, G.; MARTIN, D.; FRANCISCO, M. P.; NETO, M. G.; et al. Qualidade da consulta de Medicina Geral e Familiar: conseguem os médicos julgar corretamente a qualidade sentida pelos doentes? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, p. 13-20, 2007.

SEOANE, A. F.; FORTES, P. A. C. Percepção de médicos e enfermeiros de unidades de assistência médica ambulatorial sobre humanização nos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1408-1416, 2014.

SILVA JUNIOR, G. B.; DUARTE, R. P.; MENEZES, A. R.; MORAIS, A. P.; ALVES, A. M.; DAHER, E. F. Percepção dos pacientes sobre aulas práticas de Medicina: uma outra ausculta. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 381-387, 2014.

SILVA, C. M. G. C. H; RODRIGUES, C. H. S.; LIMA, J. C.; JUCÁ, N. B. H.; AUGUSTO, K. L.; LINO, C. A.; et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1457-1465, 2011.

SILVA, L. A.; MUHL, C.; MOLIANI, M. M. Ensino médico e humanização: análise a partir dos currículos de cursos de Medicina. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 33, n. 80, p. 298-309, 2015.

SIQUEIRA, J. E.; PESSINI, L.; MOTTA DE SIQUEIRA, C. E. Conflitos morais sobre a terminalidade da vida: aspectos médicos, filosóficos e jurídicos. **Revista Colombiana de Bioética**, Bogotá, v. 8, n. 2, p. 104-115, 2013.

SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 65-78, 2007.

SOUZA, L. V.; SANTOS, M. A. Decisões em saúde no relacionamento entre o profissional e o paciente com transtorno alimentar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 31, n. 1, p. 75-84, 2014.

SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N.; JÚNIOR, P. R. B. S.; ALMEIDA, W. S.; MALTA, D. C. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. Brasil, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 339-349, 2016.

TESSER, C. D. Três considerações sobre a “má medicina”. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 273-286, 2009.

TRINDADE, E. S.; AZAMBUJA, L. E. O.; ANDRADE, J. P.; GARRAFA, V. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 68-74, 2007.

VILLAS-BÔAS, M. A. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 513-523, 2015.

YAMAKI, V. N.; TEIXEIRA, R. K. C.; OLIVEIRA, J. P. S.; YASOJIMA, E. Y.; SILVA, J. A. C. Sigilo e confidencialidade na relação médico-paciente: conhecimento e opinião ética do estudante de medicina. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 176-181, 2014.

YONEKURA, C. L.; CERTAIN, L.; KAREN, S. K. K.; ALCÂNTARA, G. A. S.; RIBEIRO, L. G.; RODRIGUES-JÚNIOR, A. L.; BADDINI-MARTINEZ, J. Impressões de pacientes, médicos e estudantes de Medicina quanto a aparência dos médicos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 452-459, 2013.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SANTOS, D. V.; SCHVEITZER, M. C. Pacientes difíceis na atenção primária à saúde: entre o cuidado e o ordenamento. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 893-903, 2016.